

*Piotr Szukalski**Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego*

Przemiany umieralności a częstość posiadania najbliższych krewnych przez polskich seniorów¹

Mortality reduction and kin frequency of the Polish elderly

Abstract

Reduction in mortality in Poland observed in late 19th c. and in 20th c. implies changes in size and structure of the family. The article is aimed at presentation how kin network of the Polish elderly changed during the last 160 years. Presented probabilities of possessing children and grandchildren — estimated on the basis of period life tables for Poland — indicate positive modification — increase in frequency to have alive close kins.

key words: *family demography, family support, social support*

Wstęp

Rodzinę tradycyjnie traktuje się jako najważniejszą instytucję świadczącą usługi opiekuńcze na rzecz jednostek potrzebujących pomocy. Powyższa uwaga jest szczególnie prawdziwa w przypadku tych osób, których zaspokojenie potrzeby uzyskania wsparcia nie jest zdeterminowane przez odwołanie się do bardzo wyrafinowanych i stecniczowanych metod pomocy. Do takich właśnie osób w zdecydowanej większości należą seniorzy, dla których to nie zdolność członków ich rodzin do wykonywania skomplikowanych procedur medycznych, lecz umiejętność okazywania wsparcia emocjonalnego i zainteresowania, pomoc w wykonywaniu codziennych czynności lub możliwość niewielkiej pomocy finansowej decydują o decydującej roli przypisywanej rodzinie.

Nie dziwi zatem fakt, że w ostatnich latach wielu demografów, gerontologów i socjologów rodziny interesuje się długookresowymi przemianami wielkości i struktury rodziny [1–7], starając się określić, jak zmiany

te wpływały, wpływają i będą wpływać na zdolność rodziny do wypełniania funkcji opiekuńczych, które tradycyjnie są jej przypisane.

Niniejszy tekst autor chciałby poświęcić prezentacji zmian, jakim podlegała i podlega wskutek przemian umieralności polska rodzina, zmian odnoszących się do jej struktury pokoleniowej. Celem pracy jest wskazanie, jak zmieniała się — zgodnie z tablicami trwania życia dla różnych okresów historycznych — szansa polskich seniorów, to znaczy osób po 60 roku życia, na posiadanie żyjących dzieci i wnuków, a tym samym potencjalnych opiekunów w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia. Autor pracy odwołuje się do podejścia modelowego, czyli podejścia uproszczonego, bazującego na analizie wpływu tylko jednego czynnika warunkującego zmianę reżimu reprodukcji ludności — umieralności.

Długookresowe przemiany umieralności w Polsce w świetle koncepcji rektangularyzacji krzywej przeżycia

Długookresowe przemiany reżimu reprodukcji ludności z reguły utożsamia się z koncepcją przejścia demograficznego, to znaczy zastępowania reprodukcji „rozrzućnej” reprodukcją „oszczędną”. W warunkach społeczeństw tradycyjnych, wobec braku możliwości kon-

Adres do korespondencji:
dr Piotr Szukalski
ul. Rewolucji 1905 r./41
Łódź 90–214
tel.: (042) 635 48 31
e-mail: pies@uni.lodz.pl

tróli środowiska, jednostka i zbiorowość nie miały zdolności choćby częściowego wpływu na moment wystąpienia zgonu. Wraz ze zdobywaniem kontroli nad środowiskiem (np. eliminacja epidemii, cyklicznych okresów głodu) populacja i poszczególne jednostki mają coraz większą możliwość wpływu — poprzez swoje zachowania i działania — na częstość występowania zgonów.

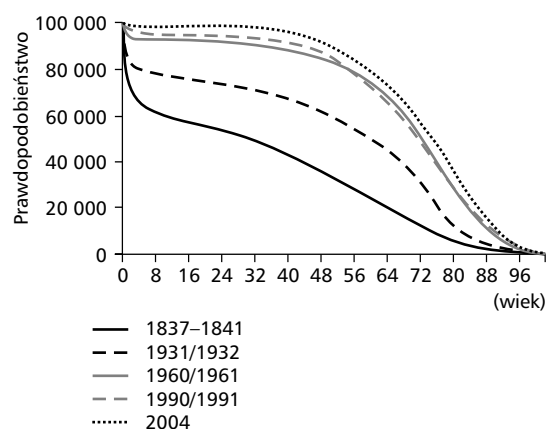
Zmiany umieralności, jakie wystąpiły w długim okresie na ziemiach polskich, autor niniejszej pracy chciałby przedstawić, odwołując się do koncepcji rektangularyzacji krzywej przeżycia. Krzywa przeżycia to graficzna prezentacja jednego z parametrów tablic trwania życia — liczby osób dożywających danego wieku. W związku z tym jest to krzywa monotonicznie zmniejszająca swoje wartości od 100 000 (tyle najczęściej obecnie stanowi przyjmowana liczba początkowa ludności) do 0 lub nieco większej liczby w wypadku, gdy tablicę buduje się nie do momentu wymarcia całej początkowej ludności, lecz do przyjętego z góry wieku granicznego (np. 100 lat, jak ma to miejsce w Polsce).

Koncepcja rektangularyzacji krzywej przeżycia w swojej podstawowej postaci mówi, że długookresowe przemiany natężenia zgonów prowadzą do coraz bardziej wyraźnego upodobnienia się krzywej przeżycia do prostokąta (stąd nazwa terminu od angielskiego *rectangularize* — upodabniać się do prostokąta).

W opracowaniach poświęconych rektangularyzacji krzywej przeżycia proces ten bywa rozkładany na 3 składowe: horyzontalizację krzywej przeżycia, jej wertykalizację oraz podwyższanie się typowego wieku w momencie zgonu (w tym przypadku często mówi się o ekspansji długowieczności — *extension of longevity*). Horyzontalizacja krzywej przeżycia oznacza powolne dochodzenie krzywej, a następnie utrzymywanie się takiego stanu do coraz wyższego wieku, do poziomej asymptoty wyznaczonej przez początkową liczbę ludności. Jest to zatem wskazówka informująca o skuteczności eliminacji zgonów w okresie dzieciństwa, młodości i dojrzałego wieku. Wertykalizacja krzywej przeżycia jest z kolei procesem koncentracji wieku w momencie zgonu w przedziale o coraz mniejszym rozstępie. Jest to zatem wskazówka dotycząca eliminacji „zbędnych” zgonów w trakcie życia poszczególnych jednostek. Koncentracja zgonów, a tym samym zmniejszająca się dispersja wieku w momencie zgonu oznaczają, że występujący zgon został spowodowany przede wszystkim przez czynnik fizjologiczny. Natomiast ekspansja długowieczności jest świadectwem spowalniania przebiegu procesu starzenia się na poziomie indywidualnym, a tym samym powolne-

go dochodzenia przez populację do wyznaczonego jedynie czynnikami fizjologicznymi maksymalnego trwania życia.

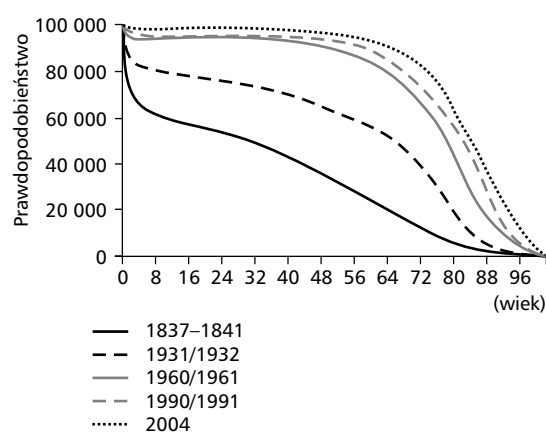
Proces rektangularyzacji krzywej przeżycia obserwuje się we wszystkich krajach świata, przy czym najwyraźniej w państwach wysoko uprzemysłowionych. Również i w Polsce w ostatnich dwóch stuleciach mamy do czynienia z procesem upodabniania się krzywej przeżycia do prostokąta. Na dwóch wykresach (ryc. 1, 2) przedstawiono krzywe przeżycia dla mężczyzn i kobiet zamieszkujących ziemie polskie w latach 1837–2004. Dla lat 1837–1841 wykorzystano „tablice śmiertelności dla Królestwa Polskiego” autorstwa Słomińskiego²,



Rycina 1. Krzywe przeżycia polskich mężczyzn w latach 1837–2004

Figure 1. Male survival curve, Poland 1837–2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiednich tablic trwania życia [8: 431–432; 9, 1938: 3–4; 10: 4–5; 11: 60–61; 12: 45–46]



Rycina 2. Krzywe przeżycia polskich kobiet w latach 1837–2004

Rycina 2. Female survival curve, Poland 1837–2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiednich tablic trwania życia [8: 431–432; 9: 3–4; 10: 6–7; 11: 62–63; 12: 47–48]

natomiast dla lat 1931–1932, 1960–1961, 1990–1991 i 2004 roku tablice trwania życia publikowane przez Główny Urząd Statystyczny. Wszystkie wspomniane powyżej tablice są tablicami okresowymi, to znaczy że oszacowane w nich wielkości mogą być interpretowane jedynie w kategoriach warunkowych (tak wyglądałby porządek wymierania przy założeniu utrzymania się natężenia zgonów w poszczególnych grupach wiekowych w danym roku kalendarzowym czy w danym okresie przez całe stulecie). Z oczywistych względów bardziej poprawne byłoby bazowanie na tablicach generacyjnych (tj. tablicach opisujących rzeczywisty porządek wymierania konkretnego „rocznika”). Jednak takich tablic dotychczas w Polsce nie stworzono.

Z obydwu powyższych wykresów (ryc. 1, 2) jednoznacznie wynika potwierdzenie faktu postępującej rektangularyzacji krzywej przeżycia. Z uwagi na zdecydowanie korzystniejsze parametry tablic trwania życia u kobiet, w ich przypadku proces upodabniania się krzywej przeżycia do prostokąta jest bardziej widoczny, a jednocześnie bardziej zaawansowany. O ile w przypadku mężczyzn widoczny jest przede wszystkim proces horyzontalizacji krzywej przeżycia, o tyle w zbiorowości kobiet wyraźnie można zaobserwować pozostałe dwie składowe rektangularyzacji krzywej przeżycia, takie jak wertykalizacja i ekspansja długowieczności.

Podczas analizowanego okresu wyraźnie zwiększyło się prawdopodobieństwo osiągnięcia przez noworodka wieku starszego (horyzontalizacja), ale przede wszystkim poprawiła się szansa dożycia przez nowo narodzonych wieku dorosłego. Zmiany, jakie nastąpiły w tym względzie, są olbrzymie — na przykład zgodnie z porządkiem wymierania opisanym za pomocą tablic trwania życia dla lat 1837–1841 do wieku 20 lat dożywało tylko 55,5% noworodków, podczas gdy w 2004 roku 98,8%, natomiast w 1 roku życia spośród tysiąca nowo narodzonych dzieci umierało odpowiednio: 22,4% i 0,7%.

Jednocześnie warto podkreślić niewielką zmianę, jakiej podlegała umieralność po 1960 roku do końca trwania PRL (tj. do lat 1990–1991). Odpowiedzialne za taki stan rzeczy było powolne pogarszanie się stanu zdrowia Polaków (dotyczyło to przede wszystkim mężczyzn), które wynikało z tego, że socjalistyczne państwo nie zapobiegało skutkom każdego nowego ryzyka występującego w rezultacie jego rozwoju³ (zanieczyszczenie środowiska, niekorzystne warunki pracy, zapóźnienie technologiczne przejawiające się niedorozwojem publicznej opieki medycznej, braki rynkowe zmuszające do „załatwiania” i związanych z tym płatności „przelewem”, zanik więzi społecznej). Wraz

z zakończeniem epoki socjalizmu czynnik ten zaniknął, prowadząc — po krótkim okresie „szoku demograficznego” lat 1990–1992 — do przewyższenia niekorzystnych zmian struktury wieku ludności, w rezultacie czego natężenie zgonów zaczęło przyjmować niższe wartości niż poprzednio.

Zmiany umieralności a częstość posiadania dzieci i wnuków — kwestie metodologiczne

W dalszej części niniejszego opracowania autor chciałby przedstawić wyniki własnych obliczeń, dotyczących częstości posiadania przez seniorów dzieci i wnuków, czyli potencjalnych pierwszoplanowych obok małżonka opiekunów, w przypadku konieczności uzyskania wsparcia ze strony innych, w Polsce po 1837 roku (w okresie, dla którego — przynajmniej dla niektórych lat — istnieją pełne tablice trwania życia). Prezentowane dalej wielkości to wynik swoistej zabawy intelektualnej autora pracy, ponieważ nie można tych wielkości utożsamiać z parametrami rodzinnych tablic trwania życia, czyli jedynej uprawnionej metody dokonywania szacunków frakcji osób żyjących w rodzinach wielopokoleniowych (zob. np. [14]). Te ostatnie wymagają jednak znajomości nie tylko tablic trwania życia, lecz również prawdopodobieństwa wydawania na świat potomstwa w każdym wieku. Dla uproszczenia autor niniejszej pracy posłużył się zwykłymi wielkościami pochodzącymi z przekrojowych tablic trwania życia.

W przypadku przeprowadzanych dalej obliczeń założono, że typowa para małżeńska decyduje się na wydanie na świat dwojga dzieci. Pierwsze z nich, płci męskiej, wydawane jest przez kobietę mającą dokładnie 25 lat w chwili, gdy jej partner jest w wieku 27 lat. Drugie dziecko, płci żeńskiej, rodzi się, gdy jego starszy brat ma 2 lata (a zatem rodzice mają odpowiednio — matka 27 lat, ojciec 29 lat). Wiek rodziców w ocenie autora niniejszej pracy jest dość dobrze dopasowany do rzeczywistego rozkładu przeciętnego wieku rodziców dominującego przez większość analizowanego okresu. Wątpliwość może budzić przyjęcie stałej liczby wydawanych na świat dzieci, lecz w tym przypadku chodzi o zachowanie porównywalności w czasie, ponieważ interesują nas nie rzeczywiste wielkości, ale określenie wpływu przemian umieralności na częstość posiadania żyjących dzieci i wnuków przez seniorów.

Oszacowane wielkości obarczone są kilkoma ograniczeniami, spośród których zostanie przedstawionych tylko 5 najważniejszych. Po pierwsze, jak wszelkie miary obliczone na podstawie tablic okresowych, oszacowane poniżej frakcje nie odnoszą się do żadnej kon-

kretniej zbiorowości, to znaczy do żadnej konkretnej grupy. Są to wielkości hipotetyczne, możliwe do osiągnięcia jedynie w sytuacji braku jakichkolwiek zmian w porządku wymierania w długim okresie. Po drugie, zakłada się niezależność zgonów, podczas gdy w rzeczywistości w poszczególnych rodzinach mogą występować choroby dziedziczne, jednostki z tych samych rodzin odznaczają się zbliżonym statusem społeczno-ekonomicznym, który z kolei determinuje poziom umieralności. Po trzecie, autor przyjmuje, że rodzice dożywają momentu przyścia na świat swojego potomstwa. O ile założenie takie jest w pełni prawdziwe w przypadku kobiet, o tyle odbiega od rzeczywistości w przypadku mężczyzn. Jednak umieralność w tym okresie życia, gdy zgodnie z wcześniejszymi założeniami przyjmujemy, że mężczyzna płodzi potomstwo, była i jest na tyle niska, że nie powinno to w znaczącym stopniu zniekształcać otrzymanych wielkości (chodzi o szanse przeżycia 3/4 roku). Po czwarte, nie uwzględnia się małżeństw powtórných i adopcji, sprawiających, że grono rodziny powiększa się o współmałżonków żyjących dzieci oraz osoby przysposobione. Po piąte, przyjmuje się założenie, iż wszyscy seniorzy w przeszłości założyli rodziny, podobnie jak i wszystkie ich dzieci. Z oczywistych względów założenie takie nie jest zgodne z rzeczywistą sytuacją, ponieważ w XX-wiecznej Polsce 8–10% ludności nigdy nie zmieniało swojego stanu cywilnego. Jednocześnie zanika automatycznie wpływ różnicowania umieralności ze względu na stan cywilny (jednak brakuje również tego wpływu również w przypadku obliczeń dotyczących umieralności osób pozostających w związkach małżeńskich i owdowiłych oraz kawalerów i panien).

Ponieważ kobiety odznaczają się większą długowiecznością (co oznacza, że praktycznie w każdym wieku mężczyźni charakteryzują się nadumieralnością⁴ — to znaczy wyższym natężeniem zgonów niż ich rówieśniczki), a pomiędzy małżonkami występuje zwyczajowo 2–3-letnia różnica wieku, starość jest silnie, sfeminizowana i naznaczona wdowieństwem. Dlatego też w niniejszym tekście — z uwagi na konieczność dostosowania rozmiaru artykułu do zwyczajowej objętości — przedstawiono wyniki obliczeń dokonanych dla zbiorowości kobiet. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że z uwagi na sposób estymacji prezentowanych danych rozkładów prawdopodobieństw odpowiednie wykresy dla mężczyzn będą się nieznacznie różnić. Będą one jedynie przesunięte o 2 lata w lewo (ojcowie są w momencie urodzin dzieci starsi o 2 lata od swoich żon). Obliczeń tego typu jak w niniejszym opracowaniu można dokonywać dla seniorów, których dzieci i wnuki charakteryzują się umieralnością opisaną w tablicach trwa-

nia życia. Teoretycznie może oznaczać to szacowanie rozkładu prawdopodobieństwa posiadania żyjących dzieci do wieku 125 lat, natomiast w przypadku wnuków do wieku 150 lat. Ponieważ jednak istnieją pewne zdroworozsądkowe granice, autor niniejszej pracy ograniczył się do 105 lat jako wieku maksymalnego.

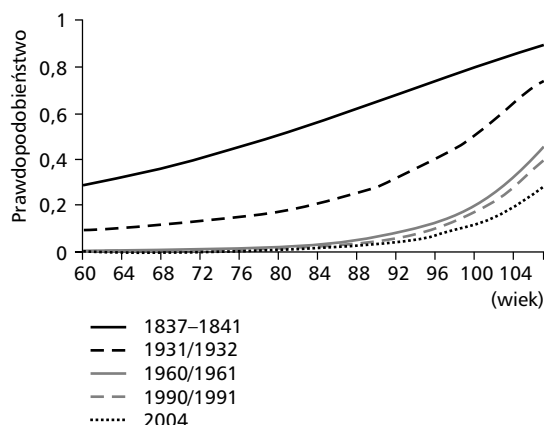
Zważając na powyższe ograniczenia, można przejść do prezentacji tendencji dotyczących szansy posiadania żyjących dzieci i wnuków. Spostrzeżenia autora pracy bazować będą na szacunkach odnoszących się do 5 okresów — dla lat 1837–1841, 1931–1932, 1960–1961, 1990–1991 i dla 2004 roku. Źródłem wszystkich poniżej zaprezentowanych wykresów są obliczenia autora pracy dokonane na podstawie odpowiednich tablic trwania życia.

Posiadanie żyjącego potomstwa

W tej części opracowania autor chce określić, jaka część seniorów (przez które rozumie się kobiety, które ukończyły przynajmniej 60 lat) posiada żyjące dzieci. Z uwagi na przyjęte założenia liczba posiadanych w danym wieku dzieci może wynosić 0, 1 bądź 2. Te 3 sytuacje przedstawiono na poniższych wykresach (ryc. 3–5). Co naturalne, wraz z wiekiem zwiększa się frakcja jednostek, których wszystkie dzieci zmarły. Niemniej jednak łatwo zauważyć w badanym okresie gwałtowny spadek udziału seniorów, którzy doświadczyli podczas swojego życia zgonu obojga swoich dzieci. Jest to wynikiem przede wszystkim przedstawionej wcześniej olbrzymiej redukcji umieralności w pierwszych miesiącach i latach życia. W efekcie, o ile zgodnie z tablicami trwania życia dla Królestwa Polskiego już połowa 80-letnich kobiet nie posiadała żyjącego potomstwa, o tyle w okresie międzywojennym sytuacja taka występowała dopiero wśród kobiet przekraczających 95 lat, natomiast obecnie nawet w najwyższym analizowanym wieku frakcja osób niemających żadnego żyjącego dziecka jest mniejsza niż 1/4.

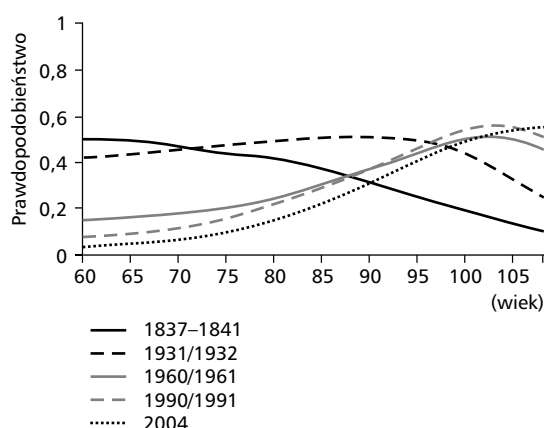
Wyraźnie zmienny w czasie jest również rozkład prawdopodobieństwa posiadania żyjącego jednego potomka. W latach 1837–1841 udział ten był wśród kobiet mających 60 lat równie częsty co obecnie w zbiorowości stuletek. Na podkreślenie zasługuje fakt, że zdecydowanie niższe prawdopodobieństwo takiego stanu wśród „młodych starych”, a wyższe wśród „starych starych” i „najstarszych starych” występuje obecnie niż w przeszłości, podobnie jak tendencja odnotowana w ostatnich latach do obniżania się prawdopodobieństwa posiadania tylko jednego żyjącego dziecka.

Powyższa konstatacja jest zgodna z prawdą, ponieważ wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wiekowych w każdym analizowanym okresie mamy do



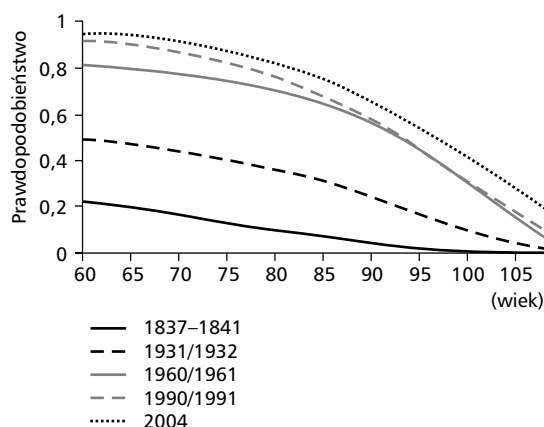
Rycina 3. Rozkład seniorów według wieku nieposiadających żyjących dzieci

Figure 3. The elderly with no living children by age, Poland 1837–2004



Rycina 4. Rozkład seniorów według wieku posiadających 1 żyjące dziecko

Figure 4. The elderly with 1 living child by age, Poland 1837–2004



Rycina 5. Rozkład seniorów według wieku posiadających 2 żyjących dzieci

Figure 5. The elderly with 2 living children by age, Poland 1837–2004

czynienia z szybkim spadkiem odsetka senierek posiadających dwoje żyjących dzieci. W czasie badanych 170 lat wyraźnie wzrosło prawdopodobieństwo dożycia potomstwa do zaawansowanego wieku swojej matki. Co bardzo pocieszające, ostatnich kilkanaście lat to — po okresie niewielkich zmian w latach 1960–1990 — czas dalszego i szybkiego postępu w tym kierunku.

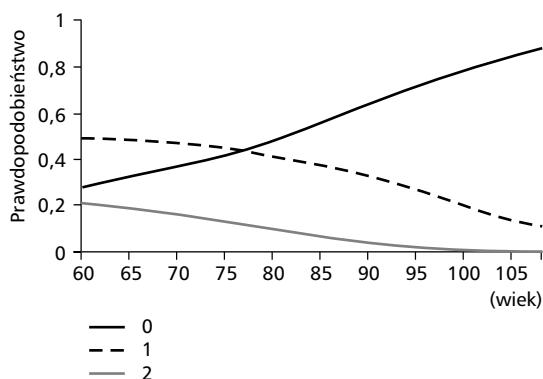
W celu umożliwienia łatwej oceny zmian, jakie wystąpiły w przypadku rozkładu liczby posiadanego potomstwa, na poniższych rycinach (ryc. 6–8) przedstawiono dane, które obrazują interesujące nas prawdopodobieństwa posiadania żadnego, jednego bądź dwojga żyjących dzieci w 3 okresach — przed przejściem demograficznym (lata 1837–1841), pod koniec przejścia (lata 1931–1932) i współcześnie (2004 r.).

Porównanie powyższych 3 rozkładów według autora pracy nie wymaga żadnych komentarzy. Los matek dożywających zaawansowanego wieku w pierwszej połowie XIX stulecia nie był godny pozazdroszczenia — po 80 roku życia dominowały wśród nich kobiety, które doświadczyły zgonu obojga swoich dzieci, natomiast już w wieku 60 lat połowa tej zbiorowości miała za sobą zgon przynajmniej jednego dziecka. Ogólnie oznaczało to, iż matka dożywająca wówczas wieku starczego miała małą szansę posiadania dziecka mogącego ją wesprzeć w ewentualnej potrzebie. Sytuacja w tym względzie była zdecydowanie lepsza w okresie międzywojennym, ponieważ zgodnie z ówczesnymi tablicami trwania życia brak żyjącego potomstwa był częstszy dopiero od wieku 97 lat, natomiast do wieku 68 lat dominowały przypadki, gdy matki miały jeszcze oboje żyjących dzieci. Obecnie odnotowany poziom umieralności sprawia, że sytuacja matek jest zdecydowanie najkorzystniejsza ze względu na posiadanie potomstwa mogącego się nimi opiekować. Aż do wieku 97 lat najczęściej posiada się oboje dzieci, natomiast dopiero wśród kobiet w wieku 105 lat liczba osób z dwojgiem żyjących dzieci jest niższa, niż liczba jednostek, których potomstwo całkowicie wymarło.

Podsumowując dotychczasowe ustalenia, można powiedzieć, że rektangularyzacja krzywej przeżycia prowadzi zarówno do wzrostu prawdopodobieństwa dożycia do zaawansowanego wieku, jak i poprawy dostępności pomocy ze strony wydanego na świat potomstwa.

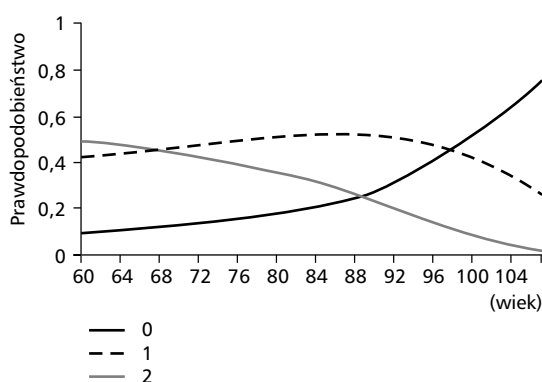
Posiadanie żyjących wnucząt

Obecnie przedstawione zostaną wyniki obliczeń informujących o liczbie posiadanych żyjących wnucząt. Zmiany tej liczby są wynikiem (przy przyjętym założeniu stałości zachowań prokreacyjnych) przemian umie-



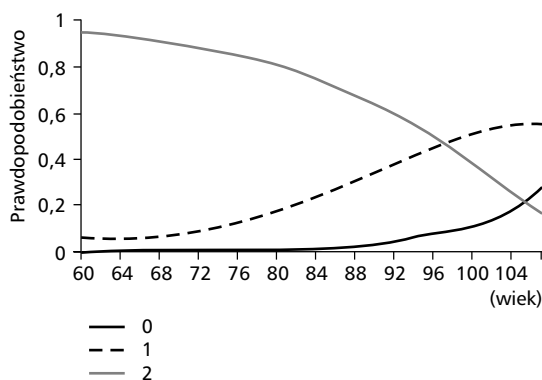
Rycina 6. Rozkład senierek według wieku i liczby żyjących dzieci w latach 1837–1841

Figure 6. The elderly by age and number of living children, Poland 1837–1841



Rycina 7. Rozkład senierek według wieku i liczby żyjących dzieci w latach 1931–1932

Figure 7. The elderly by age and number of living children, Poland 1931–1932

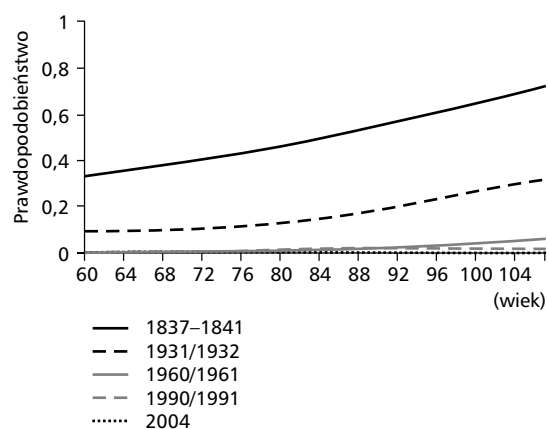


Rycina 8. Rozkład senierek według wieku i liczby żyjących dzieci w 2004 roku

Figure 8. The elderly by age and number of living children, Poland 2004

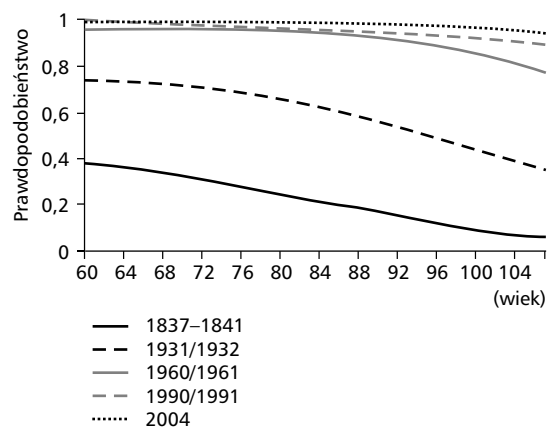
ralności dwóch pokoleń, to znaczy dzieci i wnuków kobiet w starszym wieku. Z jednej strony składowymi przemian prezentowanych w dalszej części pracy są bowiem zmiany prawdopodobieństwa dożycia przez ich dzieci wieku, w którym mogą wydawać na świat potomstwo, natomiast z drugiej strony szansa wnuków na dożycie momentu, gdy ich babcia osiągnie 60, 70, 80 czy więcej lat.

Ze względu na konieczność dostosowania objętości niniejszego tekstu do zwyczajowych rozmiarów przedstawione dalej wykresy nie opisują wszystkich możliwych sytuacji, lecz jedynie kilka najistotniejszych, takich jak brak wnuków, posiadanie przynajmniej dwojga spośród nich oraz posiadanie czworga wnucząt (ryc. 9–11).



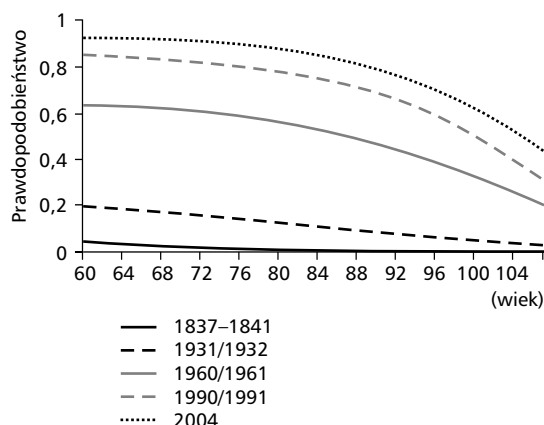
Rycina 9. Rozkład kobiet nieposiadających żadnego żyjącego wnuka według wieku

Figure 9. The elderly with no living grandchildren by age, Poland 1837–2004



Rycina 10. Rozkład kobiet mających przynajmniej 2 żyjących wnuków według wieku

Figure 10. The elderly with at least 2 living grandchildren by age, Poland 1837–2004



Rycina 11. Rozkład kobiet mających przynajmniej 4 żyjących wnuków według wieku

Figure 11. The elderly with 4 living grandchildren by age, Poland 1837–2004

Współcześnie zdecydowanie rzadziej niż w odległej przeszłości doświadczają się sytuacji, gdy brakuje jakiegokolwiek wnuka. Ta niekorzystna sytuacja w okresie przed rozpoczęciem się przejścia demograficznego i w czasie jego trwania wynikała przede wszystkim z bardzo wysokiej umieralności w pierwszych miesiącach i latach życia. W latach 1837–1841 już od wieku 84 lat przynajmniej połowa senierek żyjących zgodnie z przyjętym w niniejszym tekście modelowym systemem prokreacji nie miałaby na świecie żadnego z wnucząt. Aby przedstawić skalę zmian, należy zatrzymać się przy najwyższym analizowanym wieku babć — 105 lat. Według najstarszych użytych tablic w tym wieku aż 71,1% kobiet nie posiadałoby ani jednego żyjącego wnuka, zgodnie z porządkiem wymiarowania odnotowanym na początku lat 30. XX wieku — 32,7%, dla lat 1960–1961 — 6%, dla lat 1990–1991 — 2,2%, natomiast dla 2004 roku jedynie 0,9%. Dokonała się zatem przemiana od sytuacji, gdy dla większości najstarszych kobiet brakowało potencjalnego wsparcia ze strony wnucząt, do sytuacji, gdy prawie wszystkie polskie seniorki posiadają choć jedno żyjące z wnucząt.

Zastanawiać może fakt tak wysokiego poziomu braku wnucząt w okresie przed przejściem demograficznym. Należy jednak pamiętać, że było to spowodowane wysoką umieralnością w pierwszych miesiącach i latach życia. Dorosłości nie dożywały zatem zarówno dzieci, jak i wnuki. W tym drugim przypadku skutek jest oczywisty. Natomiast w pierwszym przypadku rezultat był podobny, jeśli potomstwo umierało w dzieciństwie, nie miało własnego potomstwa, a tym samym nie było wnuków. Należy jednak pamiętać, że społeczeństwa żyjące w okresie przed przejściem de-

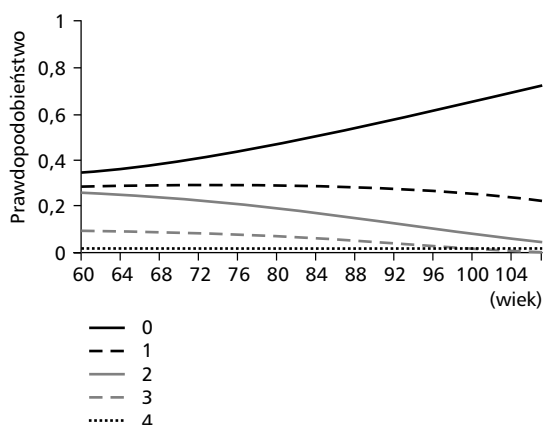
mograficznym „nadrabiali” wysoką umieralność wysoką dzietnością — czynnikiem, którego nie uwzględnia się w niniejszym opracowaniu.

W podobnym kierunku jak szansa posiadania chociaż jednego wnuka zmieniało się w analizowanym okresie prawdopodobieństwo posiadania przynajmniej dwojga spośród możliwego czworga wnuków (ryc. 10).

W pierwszej połowie XIX stulecia tylko 38,3% 60-letnich kobiet przynależało do tej grupy, w latach 30. już 74,5%, natomiast obecnie jedynie jedna na 1000 kobiet wchodzących w „trzeci wiek” nie wchodzi w skład tej subpopulacji. Przy tym należy zaznaczyć, że ekstremalnie duże różnice występują wśród osób najstarszych. W wieku 105 lat interesująca nas frakcja w pięciu badanych okresach przyjmowała następujące wielkości: 5,9%, 34,7%, 79,9%, 88,0% i 93,6%.

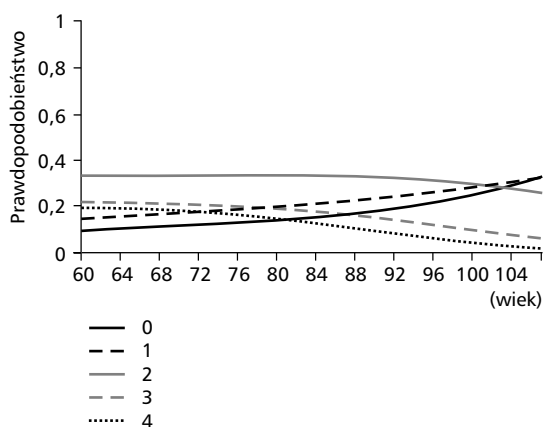
Najkorzystniejszą sytuacją z punktu widzenia potencjału opiekuńczego odznaczają się kobiety posiadające czworo żyjących wnuków (ryc. 11). Mimo że półtora wieku temu stanowiły one znikomą część ogółu najstarszych mieszanek ziem polskich (nawet w wieku 60 lat było to tylko 3,2%, natomiast od wieku 80 lat frakcja ta przyjmuje wartość niższą niż 1%), wraz z dochodzeniem do czasów współczesnych liczba takich przypadków się zwiększała. Ostatecznie w przypadku utrzymywania się porządku wymiarowania z 2004 roku aż 92,8% kobiet 60-letnich, 86,3% 80-latek i 45,7% nesterek w wieku 105 lat wciąż posiadałoby czworo żyjących wnucząt. W związku z tym sytuacja najstarszych mieszanek ziem polskich zdecydowanie poprawiała się z punktu widzenia potencjału rodzinnego wsparcia.

W syntetyczny sposób zmiany, jakie wystąpiły w rozkładach posiadanej liczby żyjących wnuków w 3 „symbolicznych” okresach (okres przed zapoczątkowaniem przejścia demograficznego na ziemiach polskich, okres po dokonaniu się pierwszej fazy redukcji umieralności, czasy współczesne), przedstawiono na rycinach 12–14. Powyższe porównanie wskazuje na podstawowe różnice zachodzące w czasie. Po pierwsze, od klarownej sytuacji z wyraźną dominacją jednego przypadku, przez równowagę poszczególnych przypadków, aż do ponownej dominacji jednego przypadku. Po drugie, zastąpienie braku żyjących wnucząt w okresie starości przez dominację sytuacji posiadania czworga wnuków. W rezultacie wyraźnie zwiększa się szansa posiadania żyjących wnucząt — osób, które mogłyby tego wsparcia udzielić w potrzebie, w sytuacji gdy osoby starsze nie mogą tej pomocy otrzymać od swojego małżonka lub dzieci. I w tym przypadku rektangularyzacja krzywej przeżycia odciska pozytywne piętno i umożliwia pomoc wewnątrzrodzinną od osób z innej generacji.



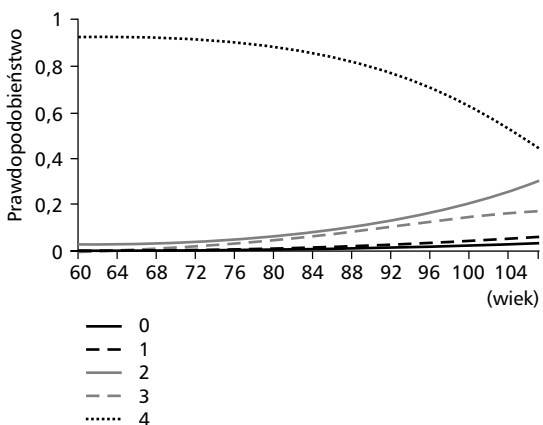
Rycina 12. Rozkład senierek według wieku i liczby żyjących wnuków w latach 1837–1841

Figure 12. The elderly by age and number of living grandchildren, Poland 1837–1841



Rycina 13. Rozkład senierek według wieku i liczby żyjących wnuków w latach 1931–1932

Figure 13. The elderly by age and number of living grandchildren, Poland 1931–1932



Rycina 14. Rozkład senierek według wieku i liczby żyjących wnuków w 2004 roku

Figure 14. The elderly by age and number of living grandchildren, Poland 2004

Podsumowanie

Przedstawione w niniejszym opracowaniu wielkości — choć ich wartość poznawcza ograniczona jest tym, że są to rezultaty obliczeń bazujących na danych przekrojowych, a nie kohortowych — znakomicie wpisują się w szersze rozważania na temat wpływu długookresowych przemian demograficznych na wielkość i strukturę rodziny [6, 15]. Należy przypomnieć, że ich najbardziej widocznymi przejawami są: spowodowany redukcją umieralności wzrost częstości występowania wielopokoleniowości oraz wynikający z ograniczania płodności spadek częstości wielodzietności. Konsekwencją obydwu powyższych przemian jest automatyczny wzrost znaczenia relacji międzypokoleniowych w rodzinie kosztem relacji intrageneracyjnych (tj. wertykalizacja sieci rodzinnej).

W niniejszym tekście autor ograniczył się tylko do analizy wpływu „jednej strony powyższego równania” na wygląd demograficznej struktury rodziny polskich seniorów analizy — znaczenia przemian umieralności. Ich rezultatem jest wyraźny wzrost prawdopodobieństwa posiadania zstępnych — dzieci i wnuków. Automatycznie wydłuża się okres przebywania w danym statusie rodzinnym z wypełnianiem roli społecznej rodzica i dziadka z jednej strony, natomiast dziecka i wnuka z drugiej strony. Wydłuża się bowiem okres koegzystencji jednostek wchodzących w skład różnych pokoleń.

Prezentowane w niniejszym opracowaniu dane jednoznacznie wskazują na pozytywny wpływ przemian umieralności na zaspokajanie potrzeb opiekuńczych i emocjonalnych polskich seniorów przez ich bliskich. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że w warunkach szybko wzrastającej szansy dożycia bardzo zaawansowanego wieku [16] w jeszcze większym stopniu niż dostępność krewnych dla seniorów zwiększa się prawdopodobieństwo posiadania w rodzinie bliskiego sędziwego krewnego — rodzica lub dziadka [17]. Natomiast przedstawione bezsprzecznie dane należy uzupełnić uwagą dotyczącą potencjalnego wpływu nieuwzględnionych w użytym modelowym podejściu przemian, takich jak zmiany dzietności. Te zaś były w omawianym okresie bardzo duże. Współczynnik dzietności teoretycznej⁵ dla przełomu lat 30. i 40. XIX wieku nie jest znany, ale szacunki dla 1900 roku — zapewne niewiele się różniące od interesującego nas okresu — wskazują, że kobieta w tym okresie rodziła średnio 6,2 dziecka. Na początku lat 30. XX wieku było to już tylko 3,5, na początku lat 60. XX stulecia — 2,9 dziecka, natomiast w ostatnich kilkunastu latach miara ta przybierała

następujące wielkości: w 1990 roku — 2 dzieci, w 2004 roku — 1,2 dziecka. Tym samym mimo że redukcja umieralności zwiększa szansę na posiadanie dzieci i wnuków, redukcja dzietności sprawia, że w rzeczywistości te generacje, które w okresie prokreacji wchodziły w ostatnich dwóch dekadach, w przyszłości będą miały zdecydowanie mniejszą

możliwość wsparcia na starość ze strony najbliższych zstępných.

Zatem największą, bezpośrednią konsekwencją odejścia od reprodukcji „rozrzutnej” na rzecz reprodukcji „oszczędnej” jest szybko wzrastające prawdopodobieństwo dożycia przez jednostkę i jej rodziców oraz dziadków bardzo zaawansowanego wieku.

Streszczenie

Redukcja umieralności odnotowana w Polsce podczas ostatnich stu kilkudziesięciu lat odciska swoje piętno zarówno na wielkości, jak i strukturze rodziny. Celem artykułu jest pokazanie skali pozytywnych zmian w dostępie do pomocy oferowanej przez najbliższych krewnych polskich seniorów między pierwszą połową XIX wieku a początkiem XXI stulecia. Prezentowane wielkości bazujące na okresowych tablicach trwania życia wskazują na wyraźny wzrost prawdopodobieństwa posiadania żyjących dzieci i wnuków w analizowanym okresie.

słowa kluczowe: demografia rodziny, pomoc rodzinna, wsparcie społeczne

Przypisy

- ¹ Tekst przygotowany w ramach realizacji projektu „Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim” sponsorowanego przez KBN w latach 2004–2005 (Grant 2H2OE 03424).
- ² Włączając te właśnie tablice, autor niniejszej pracy chciał porównać tablice konstruowane zgodnie ze współczesnymi standardami z wielkościami pochodzącymi z jak najwcześniejszego okresu. Należy pamiętać jednak o wielu zastrzeżeniach dotyczących tablic Słomińskiego, wysuwanych przez demografów badających ich wiarygodność (zob. [8]). Poza tym są to tablice zbudowane bez podziału na kobiety i mężczyzn, tj. dla obu płci łącznie.
- ³ Szerzej na ten temat pisze M. Okólski [13], uważając, że kryzys zdrowotny, jaki miał miejsce w PRL w latach 70. i 80., był

w znacznym stopniu rezultatem „syndromu wycofania”, osłabiającego odporność psychiczną i somatyczną jednostek.

- ⁴ Tzw. *mortality crossover* (tj. przecięcie się krzywych opisujących natężenie zgonów) co prawda występuje w ostatnich latach w polskich tablicach trwania życia w wieku około 92–93 lat, jednak zdaniem autora pracy jest to raczej wynik nagminnego zawyżania wieku przez mężczyzn w okresie bezpośredniego po II wojnie światowej w przypadku konieczności odtwarzania dokumentów niż przejaw „naturalnego” porządku wymiarowania.
- ⁵ Współczynnik dzietności teoretycznej mówi, ile przeciętnie kobieta w trakcie całego swojego życia rozrodczego (tj. w wieku 15–49 lat) urodzi dzieci przy założeniu utrzymywania się natężenia urodzeń odnotowanego w danym roku kalendarzowym w długim okresie.

PIŚMIENICTWO

1. Keilman N.: *Demographic implications of low fertility for family structure in Europe*. European Population Papers Series 2003; 11: 44.
2. Le Bras H.: *Parents, grands-parents, bisaiseux*. Population 1973; 28: 9–37.
3. Post W., van Poppel F., van Imhoff E., Kruse E.: *Reconstructing the extended kin-network in the Netherlands with genealogical data: methods, problems, and results*. Population Studies 1997; 51: 263–278.
4. Sardon J.-P.: *Effect du recul de la mortalité sur la cohabitation de generations*. W: Bergouignan C., Blayo C., Parant A. i wsp. *La population de la France. Évolutions démographiques depuis 1946*. T II, CUDEP, Bordeaux 2005; 493–496.
5. Smith J.E.: *The computer simulation of kin sets and kin counts*. W: Bongaarts J., Burch T. K., Wachter K.W. (red.). *Family demography. Methods and their applications*. Clarendon Press, Oxford 1987; 249–266.
6. Szukalski P.: *Wielkość i struktura rodziny a przejście demograficzne*. Roczniki Socjologii Rodziny 2005; XVI: 95–110.
7. Uhlenberg P.: *Mortality decline in the twentieth century and supply of kin over the life course*. The Gerontologist 1996; 36: 681–685.

8. Szulc S.: *Dawne tablice wymieralności Królestwa Polskiego i miasta Warszawy*. Kwartalnik Statystyczny 1928; t. V, z. 2: 430–443.
9. Fogelson S., Szulc S.: *Polskie tablice wymieralności 1931/1932*. Statystyka Polski 1938; Seria C, 91: 1–11.
10. GUS (Główny Urząd Statystyczny). *Polskie tablice wymieralności 1960/1961*. Statystyka Polski 1964; 91: 1–19.
11. GUS (Główny Urząd Statystyczny). *Polskie tablice trwania życia 1990–1991*. GUS, Warszawa 1993; 76.
12. GUS (Główny Urząd Statystyczny). *Trwanie życia w 2004 r*. Informacje i Opracowania Statystyczne. ZWS, Warszawa 2005; 61.
13. Okólski M.: *Demografia zmiany społecznej*. WN Scholar, Warszawa 2004; 312.
14. Frątczak E., Kozłowski W.: *Rodzinne tablice trwania życia. Polska 1988/1989, 1994/1995, 2002*. OW SGH, Warszawa 2005; 181.
15. Szukalski P.: *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*. Wyd. UŁ, Łódź 2002; 234.
16. Szukalski P.: *Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*. Gerontologia Polska 2003; 2: 55–62.
17. Szukalski P.: *Redukcja umieralności a wielopokoleniowość polskich rodzin*. Roczniki Socjologii Rodziny 2006; XVII (w druku).